

Liebe Patientin, lieber Patient,
um Ihnen und auch uns eine zügige und korrekte Aufnahme Ihrer Personalien zu ermöglichen, bitten wir Sie, dieses Formular vollständig auszufüllen.

Patient:

(Pflichtfelder)

Name Vorname Geb. Datum

Anschrift:

(Pflichtfelder)

Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort

Krankenkasse:

(Pflichtfelder)

Hauptversicherter:

(Pflichtfelder)

Name Vorname Geb. Datum

*** Hausarzt:**

(freiwillige Angabe)

Hausarzt Straße PLZ, Ort

*** E-Mail-Adresse:**

(freiwillige Angabe)

(Nicht für Werbezwecke, nur für wichtige Praxis-Informationen)

*** Telefon:**

(freiwillige Angabe)

Privat Geschäftlich Handy

Größe/Gewicht:

Größe Gewicht

Liegt ein Unfall vor?

- Privatunfall Arbeits- / Dienst- / Schulunfall

*** Liegt für einen stationären Aufenthalt eine private Zusatzversicherung vor?**

- Ja, mit Chefarztbehandlung. Ja, für Einzelzimmer. Nein.

***Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

- Überweisung vom Hausarzt/Facharzt Empfehlung von Bekannten Homepage/Internet
 andere _____

Leiden Sie an: (Wenn ja, bitte ankreuzen)

- Herz- oder Kreislaufbeschwerden?
 Haben Sie einen Herzpass?
 Ohnmachtsneigung?
 Allergien, Medikamentenüberempfindlichkeit, welche? _____
 Hatten Sie bereits Voroperationen? _____
 Infektionskrankheiten (z.B. TBC, Gelbsucht, AIDS etc.)? _____
 Zuckerkrankheit? Diabetes mellitus Typ 1 Ja Nein
Diabetes mellitus Typ 2 Ja Nein
 Leberkrankheiten (Gelbsucht, Infektionen)?
 Schilddrüsenerkrankung? Über- / Unterfunktion?
 andere Erkrankungen, welche? _____
 Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Welche? _____
 Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____
 Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? (ASS, Marcumar) _____
Name des Medikaments: _____

Bitte wenden!

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an andere Ärzte usw. übermittelt werden. Ich habe jeder Zeit die Möglichkeit dies zu widerrufen.

Bitte geben Sie uns Änderungen Ihrer Daten weiter.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes nach BDSG.

Ich bestätige die Richtigkeit der o. g. Angaben.

Datum

Unterschrift

Der Patient wird in der Gemeinschaftspraxis MedArtes behandelt. Aufgrund häufiger, nicht entschuldigter oder zu später Absagen von Behandlungsterminen vereinbaren die Parteien den Umgang dazu im Einzelnen wie folgt:

1. Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass die Praxis MedArtes – mit Ausnahme von medizinischen Notfällen - ausschließlich nach Terminvereinbarung arbeitet und darauf angewiesen ist Behandlungstermine langfristig zu planen. Für die Untersuchung, das Erstellen von Diagnosen und die Behandlung ist ein Facharzt für Orthopädie sowie eine oder mehrere medizinische Fachangestellte zur Verfügung stehen müssen.
2. Bei Absagen, die nicht spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen, ist es in der Regel nicht möglich, einen anderen Patienten im geplanten Zeitfenster zu behandeln.
3. Der Patient verpflichtet sich daher Termine, die er aus von ihm zu vertretenen Gründen nicht wahrnehmen kann, spätestens innerhalb von 24 Stunden – telefonisch oder per-Email - vorher abzusagen.
4. Unterbleibt eine rechtzeitige Absage, verpflichtet sich der Patient für den Ausfall des Termins und nach Abzug ersparter Aufwendungen eine Ausfallpauschale in Höhe von 50,00 € zu bezahlen. Die Geltendmachung eines höheren Schadens bleibt vorbehalten.
5. Es bleibt dem Patienten unbenommen nachzuweisen, dass tatsächlich ein geringerer Schaden entstanden ist.
6. Der Patient wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar nicht von seiner gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird, sondern er dies selbst bezahlen muss.

Datum

Unterschrift